Aus der Klinik von Professor Dr. L. Fraenkel, Breslau.

Ergebnisse der histologischen Untersuchung der Menstruationsabgänge.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Käte Lindner
Aerztin.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1921.
Druck von Th. Schatzky G. m. b. H., Breslau 3.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geheimrat Professor Dr. Küstner.

Schon seit den 70er Jahren beschäftigt sich die Literatur eingehend mit der Frage, ob überhaupt eine nennenswerte Abstoßung von Uterusschleimhautgewebe bei der Menstruation stattfinde und bis zu welcher Tiefe dies geschehe. Erst die neueren von Hitschmann und Adler, Schröder, Meyer-Rüegg erhobenen Befunde stimmen darin überein, daß bei jeder Menstruation ein durchaus nicht unbeträchtlicher Teil der Uterusschleimheit abgestoßen wird. Gegenüber den zahlreichen Untersuchungen an Curettagen, Operations- und Leichenpräparaten sind in der Literatur nur ganz wenige Beobachtungen an den physiologischen menstrualen Abgängen beschrieben:

Wyder untersucht 1883 den Cervicalschleim von 9 regelmäßig menstruierenden Frauen mittels Aspiration mit einem Glasrohr und findet in 3 Fällen darin weiße Schüppchen, die sich mikroskopisch als zusammenhängende Mucosabestandteile erweisen. Else von der Leyen beobachtet 1907 die menstrualen Abgänge von 7 Patientinnen. Die 1—3 cm langen Gewebstückchen stellen histologisch das Gewebe der normalen Uterusschleimhaut dar. Ueber die Art der Materialgewinnung erhalten wir keine nähere Auskunft. Es ist also anzunehmen, daß keine bestimmte neue Technik angewandt wurde. Driessen legt 1914 ein rundes, kuppelförmiges Glas 24 Stunden an die Portio an. Bei der mikroskopischen Untersuchung der regelmäßig im Menstrualblut gefundenen Stückchen entdeckt er deutliche Bestandteile der abgestoßenen Schleimhaut. Er macht aber keine genaueren Angaben über die einzelnen Präparate und über die Zahl und Anamnese der untersuchten Fälle. L. Fraenkel hält es (1914) „für wahrscheinlich, daß systematisch darauf gerichtete Untersuchungen den häufigeren Abgang menstrualer Häute ergeben werden“, da die Ausstoßung der decidua compacta physiologisch ist.

Auf seine Anregung habe ich eine Reihe junger, regelmäßig menstruierender, gynaekologisch unbehandelter Individuen, größtenteils virgines intactae, zur genauen Beobachtung ihrer menstrualen Abgänge herangezogen und die dabei erhaltenen Stückchen mikroskopisch untersucht. Vorwiegend waren es Medizinerinnen und Krankenschwestern, die die Untersuchung mit genügendem Verständnis und der nötigen Sorgfalt an sich vorzunehmen vermochten. Die gewöhnlichen Menstruationsbinden ließ ich mit Leinwand umnähen, damit das flüssige Blut durchsickert, während jeder festere Bestandteil zurückbleibt und leicht mit einer Nadel entfernt werden kann.

Auf diese Weise habe ich 33 Fälle beobachtet, meist bei mehreren aufeinanderfolgenden Perioden. Bei 18 von ihnen gelang es mir niemals, Uterusschleimhautgewebe in den menstrualen Abgängen nachzuweisen. Von 9 Fällen konnte ich überhaupt keine nicht durchsickernden Bestandteile erhalten, während die 9 übrigen nur größere, schwarze Stücke bemerkten, die sich schon makroskopisch als leicht zerreibliche Blut- und Fibringerinnsel ohne jeden festeren Kern herausstellten, was das Mikroskop auch bestätigte. Anamnestisch handelt es sich um 17 virgines und eine nullipara im Alter von 22—29 Jahren, die alle völlig gesund sind und regelmäßig menstruieren, 8 von ihnen unter lokalen dysmenorrhoischen Schmerzen.

In den übrigen 15 Fällen fand ich in den menstrualen Abgängen kleine derbe, unzerreibliche Stückchen von weißer oder hellroter Farbe. Durchschnittlich sind sie $^1/_2$—2 cm lang, $^1/_4$—1 cm breit und $^1/_2$—2 mm dick. Nur in 4 Fällen erreichen sie eine Länge von 3—4 cm, haben dreieckige Gestalt mit auslaufenden Spitzen, stellen aber niemals einen völligen Ausguß des cavum uteri dar.

In den mikroskopischen Präparaten sieht man stets ein Gewebe von Rundzellen lymphoblastischer Natur in regelmäßigen, ziemlich dichten Abständen, die in ein loses reticuläres Gewebe eingelassen sind. Die Kerne sind gut gefärbt, die Zellgrenzen nicht wahrnehmbar. Es ist also ein Gewebe von lymphadenoidem Charakter, dem Bau der Uterusschleimhaut vollkommen entsprechend. Das Stroma ist häufig serös, blutig oder fibrinös durchsetzt, spärlicher oder reichlicher mit Leukocythen infiltriert. Das Oberflächenepithel ist selten gut erhalten, In den meisten Schnitten finden sich zahlreiche kollabierte Drüsen, deren Epithelien flach, cubisch sind, selten zylinderförmig, noch leicht secretgefüllt, mit basalen Kernen. Wenige Präparate lassen auch eine deutliche Gliederung in eine obere drüsenarme, dichter gefügte und eine untere drüsenreiche, losere Schicht erkennen.

3 Präparate zeigen riesengroße Zellen von pflanzenzellartigem Charakter mit dicker Zellmembran und relativ kleinen Kernen, fast wie Epithelien dicht aneinander geschichtet. Hier kann es sich nur um echte Deciduazellen handeln, die sich vom Bilde der Graviditätsdecidua in keiner Weise unterscheiden. Die spongiöse Schicht (Opitz'sche Drüsen) fehlt hier völlig.

Sämtliche Abgänge stammen von den ersten 2 Tagen der Blutung. Eine Gravidität ist bei allen 15 Fällen (14 virgines und eine nullipara) auszuschließen. Abgesehen von einer genitalgesunden Lungentuberkulose sind alle Beobachteten gesund und menstruieren regelmäßig.

Meine Ergebnisse stehen in völligem Einklang sowohl mit den Untersuchungen Wyders, Leyens, Driessens als auch mit den an Curettagen und Operationsuteri erhobenen Befunden von Hitschmann und Adler etc. Sie haben mit der klassischen

Dysmenorrhoea membranacea nichts zu tun, stellen aber alle Uebergänge dar von reiner Blutausscheidung und minimalen Schüppchen bis zu den größeren Gewebstücken, die den bei jener Affektion beschriebenen Bildern histologisch durchaus entsprechen.

Von vornherein lag die Vermutung nahe, daß dysmenorrhoische Schmerzen bei physiologischer Periode in einem Zusammenhang mit nachweisbaren Gewebsabgängen im Menstrualblut stehen. Aber die Zahl der Dysmenorrhoen unter denen, die mir Schleimhautgewebe lieferten, entspricht ungefähr jener unter den negativen Fällen. Die 4 größten Gewebstücke erhielt ich bei 2 schmerzlosen und 2 schmerzhaften Menstruationen.

Eine Ausstoßung größerer Blutklumpen war dagegen unter 19 Fällen 16 mal mit krampfartigen Schmerzen verbunden, während die 14 Fälle, die nur flüssiges Blut wahrnahmen, schmerzlos menstruieren. So lassen sich vielleicht in einem Teil der Fälle die dysmenorrhoischen Schmerzen auf den Abgang geronnener Blutmassen zurückführen.

So gelange ich auf Grund meiner Untersuchungen zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Bei aufmerksamer Beobachtung an gesunden, gynaekologisch unbehandelten Virgines und Nulliparae finden sich in fast der Hälfte der Fälle im Menstrualblut kleine, unzerreibliche Gewebstückchen bis zu 4 cm Länge.
2. Diese lassen histologisch das Gewebe der Uterusschleimhaut einwandsfrei erkennen, teils nur die obere Compactaschicht, teils auch Spongiosagewebe.
3. Diese Gewebeabgänge stellen die Zwischenglieder zwischen reiner Blutausscheidung und dem in der Literatur vielbeschriebenen Bilde der Dysmenorrhoea membranacea dar, der sie auch histologisch entsprechen.
4. Der Abgang von Schleimhautstücken bei der Menstruation ist ein physiologischer Vorgang, kein Krankheitsprozeß.
5. In manchen Fällen lassen sich die Zellen einer ausgeprägten Decidua menstrualis in keiner Weise von denen einer Graviditätsdecidua unterscheiden.
6. Die negativen Befunde beeinträchtigen die Lehre von der regelmäßigen Abstoßung der oberen Schleimhautschichten nicht, sondern beruhen wahrscheinlich auf mangelhafter Beobachtung oder auf zu schnellem Zerfall noch innerhalb der Genitalien.
7. Nachweisbare Schleimhautabgänge im Menstrualblut sind völlig unabhängig von dysmenorrhoischen Schmerzen.
8. Die Ausscheidung geronnener Blutmassen geht in der Mehrzahl der Fälle mit krampfartigen Schmerzen einher.